

Name
Geb.-Datum
Pat.-Nr.
Station
Kostenträger/-stelle

ANTRAG AUF TOXIKOLOGISCHE UNTERSUCHUNG

– nicht für diagnostische/therapeutische Zwecke –

- | | | |
|---|---------|--|
| <input type="checkbox"/> Urin | ≥ 10 mL | <input type="checkbox"/> Arzneimittelreste |
| <input type="checkbox"/> Blut | ≥ 10 mL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Serum | ≥ 2 mL | |
| <input type="checkbox"/> Erbrochenes/Mageninhalt/Magenspülflüssigkeit | | |

Untersuchungen:

Bei Notfallproben bitte telefonische Vorankündigung!

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Immunologische Screeningtests | <input type="checkbox"/> Spezielle Fragestellung |
| <input type="checkbox"/> Amphetamine | <input type="checkbox"/> Barbiturate (nur Urin) |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazepine | <input type="checkbox"/> Buprenorphin |
| <input type="checkbox"/> Cannabis | <input type="checkbox"/> Methadon |
| <input type="checkbox"/> Kokain | <input type="checkbox"/> Trizykl. Antidepressiva (nur Urin) |
| <input type="checkbox"/> Opiate | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Ethanol |
| | <input type="checkbox"/> Lösungsmittel |
| | <input type="checkbox"/> CO-Hämoglobin |
| | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> |

Allg. Medikamentenscreening

Quantitative Bestimmung im Blut (nach Rücksprache!) von

Es besteht Verdacht auf eine Aufnahme von:
Klinische Symptome:
lebensbedrohlicher Zustand?
Vermutlicher Zeitpunkt der Giftaufnahme:
Zeitpunkt der Sicherstellung der Probe:
An Medikamenten wurden vor der Probenentnahme verabreicht:
Bemerkungen:

Mitteilung des Untersuchungsergebnisses an:	
Klinik:	
Station:	
Tel.:	Fax:

Ort:

Datum:

Name des Einsenders:
(bitte in Blockschrift)

Unterschrift: